様式第1号(第6条関係)

**都留市一般不妊治療費助成金交付申請書**

年　　月　　日

都留市長　様

　都留市一般不妊治療費助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、一般不妊治療費助成金の交付にあたり、市が有する個人情報を調査・閲覧すること及び市が他の地方公共団体、医療機関等に必要な情報を照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | | ふりがな |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏名(夫) | ㊞ | | |
| ふりがな |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏名(妻) | ㊞ | | |
| 住　所 | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | |
| 住　所  (＊) | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 | | | | |
| ＊：単身赴任等で夫婦の住所が異なる場合には記入してください。 | | | | | |
| 過去の助成実績 | | | 有　(　　　)年度　助成を受けた自治体(　　　　　　　　　　)  無 | | | | |
| 医療保険者による今回の助成の有無 | | | 有　(助成金額　　　　　　　　　　　円　)  無 | | | | |
| 助成金交付申請額 | | | 金　　　　　　　円 | | ※申請年度内の治療に要した自己負担額(同一年度の上限10万円) | | |
| 振込先 | 金融機関名 | |  | 支店名 |  | | |
| 預金種別 | | 普通・当座 | 口座番号 |  | | |
| ふりがな | |  | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | |
| 添付書類 | 1.都留市一般不妊治療費助成事業受診等証明書(様式第2号)  (院外処方がある場合は、薬局が発行する同証明書とそれぞれ1枚ずつ)  2.不妊治療費(診療・院外処方)の領収書(現本)  3.医療保険の被保険者証の写し(治療している方のもの)  4.戸籍謄本(夫婦が別住所に居住し、婚姻関係が確認できない場合のみ) | | | | | | |

**注)太枠の中をご記入下さい。**

◎申請の際に、印鑑と健康保険証をお持ちください。

◎１年度の診療分は、３月から翌年２月までの診療分となります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 都留市処理欄 | | | |
| 申請受理日 | 年　　月　　日 | 助成決定日 | 年　　月　　日 |
| 受付番号 |  | 台帳番号 |  |